HAL
open science

Devenir parents en situation transculturelle

Marie Rose Moro, Mayssa' El Husseini, Maude Ludot, Rahmeth Radjack

To cite this version:

Marie Rose Moro, Mayssa' El Husseini, Maude Ludot, Rahmeth Radjack. Devenir parents en situation transculturelle. Soins Pédiatrie/Puériculture, 2020, 41, pp.31 - 37. 10.1016/j.spp.2020.07.008 . hal-03492143

HAL Id: hal-03492143

https://hal.science/hal-03492143v1

Submitted on 21 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1259479220300687
Manuscript_bfe21521888b0db21067c390a0e18bfa

Dochead **dossier**

Sous-dochead **Histoires de familles**

Surtitre **accompagnement**

Devenir parents en situation transculturelle

Marie Rose Moro[a,b,*]

Professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université de Paris, chef de service de la Maison de Solenn-Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, AP-HP, chercheuse Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé de populations (CESP)

Mayssa El Husseini[a,b,c]

Psychologue, Maison de Solenn-Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, AP-HP, chercheuse Inserm CESP, maître de conférences à l'université de Picardie Jules-Verne, Centre d'histoire des sociétés, des sciences et des conflits (CHSSC, EA 4289)

Maude Ludot[a,b]

Pédopsychiatre, Maison de Solenn-Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, AP-HP, chercheuse Inserm CESP

Rahmeth Radjack[a,b]

Pédopsychiatre, praticien hospitalier, Maison de Solenn-Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, AP-HP, chercheuse Inserm CESP

[a] Maison de Solenn-Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, AP-HP, 97 boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

[b] CESP, 16 avenue Paul-Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif cedex, France

[c] Université de Picardie Jules-Verne, chemin du Thil, CS 52501, 80025 Amiens cedex 1, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : marie-rose.moro@aphp.fr (M. R. Moro).

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Résumé

Être parents est une aventure en soi. Être parents en situation transculturelle, en exil, loin des siens, est un double défi. On en connaît aujourd'hui mieux les risques et les potentialités. Cet article en explore les ingrédients pour la petite enfance : comment vivre sa grossesse, accueillir l'enfant, être père et mère, construire une famille à sa façon et qui se métisse avec les manières de faire d'ici, terre d'accueil plus ou moins hospitalière. En découlent ensuite les conduites à tenir pour tous les professionnels qui interviennent à cette période cruciale pour construire le lien parents-enfants.

© 2020

Mots clés – bébé ; compétence parentale ; grossesse ; métissage ; migration ; parentalité ; périnatalité ; transculturalité

Summary ***à venir***

© 2020

Keywords ***à venir en ordre alphabétique***

La *culture de la parentalité* est, au sens des psychanalystes, des psychologues, des psychiatres ou neuropsychiatres mais aussi des philosophes[1], des enseignants, des éducateurs et des politiques aussi, le défi du XXIe siècle. C'est pourtant le plus vieux métier du monde, le plus universel, le plus complexe sans doute, peut-être même le plus impossible, mais également le plus multiple[2]. L'important, serait-on tenté de dire, est de trouver sa propre manière d'être parent, de transmettre le lien, la tendresse, la protection de soi et des autres, la vie.

TEG1 **La parentalité, mot étrange** que nous avons forgé dans différentes langues ces dernières années à partir du mot anglais *parentality*, est un néologisme en français, en espagnol, en italien et sans doute dans d'autres langues aussi. Comme si nous avions pris conscience récemment, somme toute, que nous avions entre les mains un joyau précieux, que tous les parents du monde l'avaient. Nous constatons aussi que certains d'entre eux, trop vulnérables ou mis dans des situations difficiles, voire parfois inhumaines, sont tellement occupés à mettre en œuvre des stratégies de survie dans tous les sens du terme, survie psychique ou survie matérielle, qu'ils sont soit en difficulté pour transmettre, soit dans l'impossibilité de transmettre autre chose que la précarité du monde et ses complexités.

TEG1 **Voilà pourquoi il importe d'étudier les situations de migrations** qui entraînent pour les parents des transformations, et parfois des ruptures rendant plus complexes l'établissement d'une relation parents-bébés, si on ne prend pas en compte cette variable "migration". Or, les migrations font maintenant partie de toutes les sociétés modernes, multiples et métissées, elles doivent donc faire l'objet de notre souci clinique. D'autant qu'à partir du moment où on prend en compte cette variable, on transforme le risque en potentialités créatrices tant pour les enfants et leurs familles que pour les soignants, comme nous allons le montrer à partir de l'expérience française d'accueil et de

soins des bébés de l'hôpital Avicenne dans la banlieue nord de Paris [1,2]. Mieux comprendre, mieux soigner, mieux accueillir les migrants et leurs enfants en Europe, tel est l'enjeu d'une prévention et d'une clinique précoce engagée dans la société telle qu'elle est.

T1 Comment se fabriquent des parents ?

Commençons comme il se doit en matière de construction parentale : par un récit.

T1 Samia, la femme au ventre sec

TEG1 Samia[3] a sept beaux garçons, tous en bonne santé et plein de vitalité à la maison et à l'école, où ils sont tous repérés comme des élèves brillants. Samia et son mari sont originaires du Maroc et vivent en France depuis onze ans. La famille n'a pas de difficulté économique, ni sociale et vit paisiblement dans un pavillon de banlieue qui fait la fierté du père mais aussi de la mère, qui l'appelle "son petit Maroc". Les garçons ont été circoncis trois par trois sauf le premier, qui l'a été très vite et tout seul. Pour ne pas attirer le *mauvais œil*, en quelque sorte, et se protéger de la jalousie dont pourrait être l'objet la famille, qui a réussi et qui a la chance d'avoir sept garçons. Une bénédiction. Monsieur et Madame R. sont très modestes et très attentifs à ceux qui, autour d'eux, pourraient leur envier quelque chose.

TEG1 Tout irait bien en somme si Samia n'était pas "stérile", selon ses propres mots. Elle le dit en arabe, puis en français et elle insiste : "Oui, je suis stérile, je n'ai pas de fille ! Et vous n'allez pas me dire vous aussi qu'au Maroc, on préfère les garçons. Moi j'aime les garçons, j'en ai sept, mais depuis longtemps, je veux une fille !" Elle se lamente sur le fait que les matrones lui ont annoncé une fille à plusieurs reprises, mais se sont trompées. Même l'échographie occidentale a été mise en défaut.

TEG1 Alors elle vient nous consulter[4] car "son ventre est sec", il ne produit pas de fille et peut-être même plus d'enfant [3]. Son mari aurait voulu qu'elle prenne une contraception depuis déjà plusieurs années, cinq beaux garçons suffisaient à son bonheur mais Madame, insatiable, continuait sa recherche d'une fille. Elle dit que cette idée d'avoir une fille ne la quitte pas. Elle a maintenant 42 ans et elle sait qu'à cet âge, la fécondité diminue mais elle pense qu'elle a encore la possibilité d'avoir une fille. Le temps presse et l'obsède. De plus, elle ne peut en parler à personne. Tous autour d'elle la renvoient au fait qu'elle a déjà sept garçons. Cette idée l'empêche de dormir, lui enlève l'envie de manger et de s'occuper de sa maison et de ses enfants.

T1 L'analyse de rêves

TEG1 Au cours de la consultation, elle nous demande si nous nous engageons à l'aider à chercher comment on fait naître une fille. Nous nous engageons effectivement à l'accompagner dans cette recherche. Elle nous indique comment nous allons procéder. Depuis longtemps, elle a renoncé à s'occuper de ses rêves car elle n'a personne pour les lire. Si nous les lui interprétons, alors elle va

nous les ramener. Ce qu'elle fit. Elle exigea une consultation rapprochée pour nous amener ses rêves.

TEG1 Le premier, elle le considéra comme sans rapport et peu intéressant. Le second au contraire lui parut passionnant et fort utile pour notre travail en commun. Elle exigea donc de nous voir très vite et arriva à la consultation avec un rêve qu'elle avait écrit en français approximatif, ne sachant pas écrire l'arabe. Dans le rêve, qui se situe au Maroc, dans la maison de sa grand-mère maternelle, il y avait un puits. Un matin, à l'aube, elle se lève, intriguée par une petite voix qui vient du puits et qui crie "Maman !". La sagesse aurait voulu qu'elle ne se lève pas et qu'elle n'affronte pas seule cette voix, sachant qu'il était fort possible que ce soit un être du monde invisible, en particulier un *djinna*, précise-t-elle. Mais dans le rêve, elle se lève, ne réveille personne et s'approche de la voix.
Elle entend alors de nouveau très distinctement cette voix de bébé qui l'appelle. Et elle se réveille en sursaut, joyeuse et pleine d'enthousiasme. Elle se lève et écrit le rêve pour ne pas l'oublier, dans un sentiment de quiétude comme elle ne l'a plus éprouvé depuis longtemps. Elle remercie sa grand-mère maternelle, morte depuis dix ans, et lui promet d'aller faire une offrande à la mosquée bientôt. Lorsqu'elle arrive à la consultation transculturelle, elle sort immédiatement le papier du rêve, comme elle le dit, et demande à chacun des cothérapeutes [1] de la consultation de bien vouloir l'interpréter. Ce rêve, explique-t-elle, sa grand-mère l'a envoyé pour nous.

T1 Le bébé endormi

TEG1 Chacun propose des bribes d'interprétations. Mme R. dit : *« Oui, mais ce n'est pas seulement cela… »* et chacun tente d'éclairer un détail, propose une lecture psychanalytique ou anthropologique. Et à la fin de cette ronde de sens, elle avance une nouvelle théorie étiologique qui constitue sa propre interprétation : *« En somme, ma fille est endormie dans mon ventre. »* Personne ne s'étonne que Mme R. propose en fait une nouvelle théorie culturelle qui lui est propre, tout en disant qu'il s'agit de la conclusion des nôtres. Car nous sommes là au cœur d'un processus qui s'actualise sous cette forme à la fois profondément culturelle et profondément subjective : la théorie du bébé endormi que nous connaissions mais qui était endormi à l'intérieur de nous. Les bébés endormis sont des bébés qui sommeillent parfois pendant des années à l'intérieur des ventres de leurs mères et qui ne deviennent des bébés comme tous les autres que quand ils se réveillent.
Ils sortent alors du ventre de leurs mères et deviennent visibles. Ce sont donc des bébés singuliers portés par des mères singulières, elles aussi.

TEG1 *« J'ai un bébé endormi dans le ventre, cela me suffit… »* Il suffit aussi de voir son air paisible et radieux pour savoir que cet enfant endormi est une fille qui s'inscrit dans la lignée de la grand-mère maternelle. Ce rêve sera le début d'une élaboration de son vécu dépressif et de ce sentiment de manque et de rupture dans la filiation. Elle transcendera sa dépression grâce à cette théorie à la fois culturelle et poétique, théorie qui la rattachera à sa lignée maternelle et qui lui permettra d'élaborer sa position subjective.

T1 Les ingrédients de la parentalité

TEG1 On ne naît pas parents, on le devient… La parentalité, cela se fabrique avec des ingrédients complexes. Certains sont collectifs, ils appartiennent à la société tout entière, changent avec le temps. Ils sont historiques, juridiques, sociaux et culturels. D'autres sont plus intimes, privés, conscients ou inconscients, ils appartiennent à chacun des deux parents en tant que personne et en tant que futur parent, au couple, à la propre histoire familiale du père et de la mère. Ici se joue ce qui est transmis et ce que l'on cache, les blessures de l'enfance et la manière dont chacun les a colmatées. Et puis, il est une autre série de facteurs qui appartiennent à l'enfant lui-même, qui transforme ses géniteurs en parents. Certains bébés sont plus doués que d'autres, certains naissent dans des conditions qui leur facilitent cette tâche ; d'autres, par leurs conditions de naissance (prématurité, souffrance néonatale, handicap physique ou psychique, etc.), doivent vaincre bien des obstacles et déployer des stratégies multiples et souvent à leur détriment pour entrer en relation avec l'adulte sidéré. Le bébé, on le sait depuis les travaux de Bertrand Cramer, Serge Lebovici [4], Daniel Stern, et bien d'autres, est un partenaire actif de l'interaction parents-enfants et par-là même de la construction de la parentalité. Il contribue à l'émergence du maternel et du paternel dans les adultes qui l'entourent, le portent, le nourrissent, lui procurent du plaisir dans un échange d'actes et d'affects qui caractérise les tout premiers moments de la vie de l'enfant.

TEG1 Or il y a mille et une façons d'être père et d'être mère, comme le montrent les travaux nombreux des sociologues et des anthropologues [5]. Toute la difficulté pour les soignants réside donc dans le fait de laisser de la place pour qu'émergent ces potentialités et que nous nous abstenions de tout jugement sur "la meilleure façon d'être père ou d'être mère". Mais cela est un travail ardu, car la tendance naturelle de tout professionnel est de penser qu'il sait mieux que les parents comment être avec l'enfant, quels sont ses besoins, ses attentes, etc. Notre rôle devient alors non pas de dire comment il faut être, ou même comment il faut faire, mais de permettre que les capacités émergent chez les parents et que nous les soutenions. Des éléments sociaux et culturels participent donc à la fabrication de la fonction parentale. Les éléments culturels ont une fonction préventive en permettant d'anticiper le "comment devenir parent" et si besoin, de donner un sens aux avatars quotidiens de la relation parents-enfant, de prévenir l'installation d'une souffrance.

T1 Comment avoir de beaux bébés

TEG1 Les éléments culturels se mêlent et s'imbriquent avec les éléments individuels et familiaux de manière profonde et précoce. Même lorsqu'on croyait l'avoir oublié, la grossesse, par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles, fantasmatiques.
La puériculture est un art, une callipédie (fait d'avoir de beaux enfants), plus qu'une science. Elle est inscrite dans le temps et dans l'espace et il s'agit plus d'un art d'interprétation, de protection et de conjuration des dangers auxquels les enfants sont soumis que d'un traité de science exacte qu'il faudrait suivre à la lettre. Il n'y a qu'à voir sa labilité dans le temps ou dans l'espace.

TEG1 Là, il ne faut pas annoncer sa grossesse, ailleurs, il faut éviter de manger certains poissons ou des tubercules qui ramollissent à la cuisson. Ailleurs encore, il ne faut pas que le mari mange certains types de viande pendant que sa femme est enceinte… Plus loin, il faut garder ses rêves, les interpréter et respecter les demandes qui sont faites dans le rêve car l'enfant parle… Dans l'exil, ces éléments de l'ordre du privé (ils ne sont pas partagés par la société) vont parfois s'opposer aux

logiques extérieures médicales, psychologiques, sociales et culturelles. Puis vient le moment de l'accouchement, moment technique et public – on accouche à l'hôpital sans les siens. Là encore, il y a mille et une façons d'accoucher, d'accueillir l'enfant, de lui présenter le monde puis de penser son altérité, parfois même sa souffrance. Tous ces "petits riens" réactivés en situation de crise ravivent des représentations qui sont des formes, des pensées, des images parfois dormantes ou que l'on croyait dépassées. La même chose se produirait pour une mère française qui mettrait au monde un bébé au Mali ou au Togo, loin de sa famille, loin de son monde.

TEG1 **Au nom d'une universalité vide** et d'une éthique réductionniste et abstraite, nous n'intégrons pas ou pas assez ces logiques complexes, qu'elles soient sociales ou culturelles, dans nos dispositifs de prévention et de soins, dans nos manières de penser et de faire. Nous nous interrogeons rarement sur la dimension culturelle de la parentalité mais surtout, nous ne considérons pas que ces manières de penser et de faire sont utiles pour établir une alliance, comprendre, prévenir, soigner. Nous estimons sans doute que la technique est nue, sans impact culturel et qu'il suffit d'appliquer un protocole pour que l'acte soit correctement accompli.

TEG1 **Pourtant cela ne suffit pas !** Plusieurs travaux le montrent [2], la prise en compte de ces représentations culturelles est d'une grande efficacité. Elle renouvelle nos manières de penser, nous oblige à nous décentrer, à penser des modèles plus complexes et à nous départir de nos jugements hâtifs. Penser cette altérité signifie permettre à ces femmes migrantes de vivre les étapes de la grossesse et de la parentalité de manière non traumatique et de se familiariser avec d'autres pensées, d'autres techniques… Car la migration entraîne avec elle cette nécessité du changement. Ignorer cette altérité veut dire non seulement se priver de l'aspect créatif de la rencontre, mais aussi prendre le risque que ces femmes ne s'inscrivent pas dans nos systèmes de prévention et de soins. Il s'agit également de les contraindre à une solitude de pensée et de vie.

T1 Les malentendus culturels pendant la grossesse et l'accouchement

TEG1 **Traditionnellement, la grossesse est un moment initiatique** où la future mère est nécessairement portée par les femmes du groupe : accompagnement, préparation aux différentes étapes, interprétation des rêves… La migration entraîne des ruptures dans ce processus de portage et de construction du sens. Tout d'abord, une perte de l'accompagnement par le groupe, de l'étayage familial social et culturel et une impossibilité à donner un sens culturellement acceptable aux dysfonctionnements (tristesse de la mère, sentiment d'incapacité, interactions mère-bébé dysharmonieuses, etc.). De plus, les femmes sont confrontées à des manières de faire médicales qui ne respectent pas les moyens de protection traditionnelle. Ces pratiques médicales occidentales sont parfois, pour ces femmes, violentes, impudiques, traumatiques, voire "pornographiques" (plusieurs de nos patientes ont utilisé ce mot).

TEG1 **Nous avons perçu avec acuité l'importance de l'effraction vécue** par les femmes migrantes enceintes au tout début de notre travail avec elles. Nous parlons ici des femmes migrantes venant de régions rurales du Maghreb, d'Afrique noire, du Sri Lanka, etc. Pour les femmes citadines, ces processus existent aussi de toute évidence mais sans doute de manière moins explicite.

T1 Ne pas faire mal à la future mère

T2 Médina, l'effraction du corps et de l'esprit

TEG1 Nous recevons Médina, une femme soninké, adressée pour dépression du post-partum avec des éléments en apparence délirants mais qui étaient l'expression culturelle d'un vécu traumatique : elle se perçoit comme une mère incapable et des voix derrière elle le lui disent en permanence. Médina est une superbe femme malienne, au regard profondément triste. Lors de notre première rencontre, elle est habillée d'un boubou jaune vif et porte un pagne de même couleur autour de ses cheveux. Son visage grave est entaillé de scarifications rituelles : un trait vertical au niveau du menton, deux traits horizontaux au niveau des pommettes et un petit trait vertical au niveau du front. Elle parle en soninké d'une voix monocorde. De temps en temps, des larmes coulent sur ses joues, elle les ignore et continue à parler de son incompréhension totale de ce qui s'est passé pour elle alors que son fils Abdou était encore dans son ventre. Elle porte, ce jour-là, Abdou sur son dos. Il est âgé de 2 mois et il s'agit de son premier enfant. L'enfant est tout petit pour son âge, il mange mal, pleure beaucoup et geint douloureusement. Elle n'a pu l'allaiter. Médina est en France depuis un peu plus d'un an. Elle est venue rejoindre son mari qui vit ici depuis huit ans.

TEG1 Plusieurs moments peuvent fonctionner comme de véritables effractions culturelles et psychiques pour ces femmes migrantes, en particulier celles venant de zones rurales. Mais avant même de les analyser, insistons sur le fait que ce qui est violent est l'acte lui-même effectué sans préparation. Ces gestes techniques sont intimement liés au contexte culturel occidental. Pour ceux qui ne le partagent pas, ces actes deviennent, par leurs implicites, de véritables violences.
Les femmes peuvent à peine les anticiper et se les représenter.

TEG1 La conclusion qui s'impose ce n'est pas de les en priver, ce serait tout à fait intolérable sur le plan éthique et sur le plan de la santé publique car ce serait les exclure encore une fois de notre système de soins et contribuer à leur marginalisation sociale. Au contraire, il s'agit de les faire de manière que ces actes soient efficients et atteignent réellement leurs objectifs. Pour adapter nos stratégies de prévention et de soins, nous sommes contraints de penser cette altérité pour que, loin d'être un obstacle à l'interaction, elle devienne une chance de nouvelle rencontre.

T2 Claire, être une mère efficace et avoir un bébé dynamique

TEG1 Ceci est vrai pour les femmes migrantes, mais aussi pour toutes les femmes qui, pour une raison ou une autre, ont construit une représentation intime éloignée de celle qui est contenue dans l'acte lui-même et dans la tête des professionnels. Claire, une femme "cadre dynamique" française, a, par exemple, connu une vraie effraction psychique lorsqu'elle a entendu l'échographiste dire :
« Ce bébé n'a pas le cou épais. »

TEG1 Même si c'était une négation, cette phrase, associée à une image de "crevette", selon ses mots, a résonné pour elle comme un handicap potentiel. Et à partir de là, elle a imposé à l'équipe médicale toute une batterie de tests trouvés sur Internet pour s'assurer que le bébé n'était pas trisomique. Son doute ne s'est jamais apaisé et a contribué à lui faire vivre une expérience de radicale étrangeté par rapport à ce bébé pourtant désiré mais qu'elle n'a pas vu comme désirable.

Un patient travail de tissage a dû être entrepris après la naissance de ce bébé qu'elle trouvait mou, apathique, peu réactif. S'est engagée une psychothérapie mère-bébé qu'au début elle voulait planifier comme une stratégie de marketing, rapide, directe, efficace, etc. Claire a finalement réussi à sortir de l'angoisse de la performance pour investir ce bébé de manière sensible et même drôle. En me quittant, elle nous a dit : *« Ce bébé, ce n'est pas un investissement à court terme, c'est un investissement de fond. Et moi, je ne l'ai pas compris tout de suite… »*

Quels sont les moments qui peuvent fonctionner comme de possibles effractions pour les femmes migrantes enceintes ?

T1 Le moment délicat de la déclaration de grossesse

TEG1 Traditionnellement, la grossesse doit être cachée le plus longtemps possible ou du moins, l'on doit en parler le moins possible pour ne pas éveiller l'envie de la femme stérile, de celle qui n'a pas de garçon, de celle qui a moins d'enfants, de l'étrangère, etc. D'où cette peur que Médina a eue au moment où elle est allée voir l'assistante sociale pour qu'elle lui remplisse les formulaires de "déclaration de grossesse". Elle se sentait menacée car non protégée. Tout pouvait lui arriver, même être "attaquée en sorcellerie" et perdre l'enfant qu'elle portait. Cette peur l'a suivie tout au long de sa grossesse, et même lorsque l'enfant est né, elle continuait à être terrorisée : cet enfant n'était pas protégé, il pouvait repartir à chaque moment dans le monde des ancêtres, c'est-à-dire mourir.

TEG1 Si on sait l'importance de cette écriture, alors on fera la déclaration de grossesse de manière intime en respectant la crainte et l'appréhension qui ne sont pas pathologiques mais culturelles. Et si l'on sait cela alors, si la future maman tarde à déclarer sa grossesse, on ne l'interprétera pas comme un désir ambivalent de grossesse mais au contraire comme une manière d'être une bonne mère, à sa façon. Les malentendus culturels sont nombreux dès le début de la grossesse. L'échographie en est un autre.

T1 L'échographie : deviner et protéger

TEG1 Les choses ont continué selon la même logique pour Médina : à l'hôpital, on a fait des "photos" qui montraient ce qu'il y avait à l'intérieur du ventre, qui "montraient ce que Dieu tenait encore caché", disait Medina. Cette échographie, c'était pour elle quasi pornographique en fait. D'autant que l'équipe médicale lui montrait des images presque sans commentaires, dans la mesure où elle comprenait très peu le français. Ces images sans mots, sans accompagnement sont encore plus violentes ! L'échographiste ne comprenant pas son refus de voir lui parlait, lui disait sans doute de regarder, de ne pas s'inquiéter, etc. Elle fermait les yeux pour tenter de ne pas voir. Lui interprétait ce refus de regarder les images comme une difficulté d'investissement du bébé.

TEG1 Pour d'autres femmes migrantes, qui ont l'habitude de demander des actes divinatoires pendant la grossesse, comme les femmes mina ou ewe du Togo ou du Bénin par exemple, l'échographie est parfois assimilée à de telles pratiques et dans ce cas, elle fait partie du familier. Chaque situation individuelle et culturelle est singulière. Ainsi, pour certaines femmes l'échographie

permet d'accéder à la nature même de l'enfant avant sa naissance. Qui est cet enfant ? Quelle sera sa place dans la famille et dans la société ? L'échographie a donc une fonction divinatoire mais l'échographiste a perdu sa fonction de "prêtre".

T1 L'accouchement sans violence superflue

TEG1 Puis il y a l'accouchement, sans interprète, sans les autres femmes qui doivent accompagner, avec parfois la présence quasi obligatoire du mari, que l'on a fait entrer dans la salle "d'accouchement" quand les choses se passent mal. Alors que cette présence des hommes ne rassure pas. On a pensé à faire une césarienne à Médina. Elle et son mari ont refusé, terrorisés. Finalement on a attendu un peu, on a apaisé Médina en allant chercher une autre femme soninké qui se trouvait dans le même service et qui venait d'accoucher. Alors, comme dit Médina, l'enfant a bien voulu sortir "tout seul". Nous savons maintenant les conséquences désastreuses des césariennes sur les femmes migrantes et la nécessité de respecter chaque fois que c'est possible, c'est-à-dire lorsque la vie de l'enfant et de la mère n'est pas en jeu, la lenteur du travail physiologique des femmes d'Afrique noire [2].

TEG1 Ces paroles, maintes fois répétées par d'autres femmes migrantes depuis, nous ont obligés à reconnaître la violence d'un certain nombre d'actes médicaux qu'on pense *a priori* anodins… Pour Médina, il y a cette idée récurrente que l'enfant qu'elle a porté et qui est né dans ces conditions n'est pas protégé, il est en danger, elle l'est aussi. Ici, la catégorie "manque de protection de la mère et de l'enfant" et sa conséquence culturelle, la vulnérabilité à une "attaque de sorcellerie" est la catégorie "bonne à penser", si on en croit la suite du travail avec Médina. Ce travail de coconstruction d'un sens culturel est la première étape de tout travail avec Médina comme avec toutes ces femmes migrantes qui ne peuvent partager avec d'autres femmes leurs doutes, leurs questions, leurs propres ressources.

TEG1 Sur le plan préventif, on perçoit à travers cette histoire, et tant d'autres de même nature, la nécessité de permettre à la femme enceinte d'avoir une représentation acceptable de ce dont elle a besoin pour elle-même et pour son bébé, quelles que soient les difficultés qu'elle traverse.

La parentalité ne peut se construire qu'à partir de ses propres ingrédients qui se métissent en situation migratoire. L'apaisement des mères et des enfants en dépend.

T1 L'importance des premières interactions mère-bébé

TEG1 On sait l'importance des premiers moments pour construire une relation mère-bébé, puis parents-bébé et famille-bébé qui soit harmonieuse et qui protège le bébé et lui donne envie de s'inscrire dans une histoire [6]. Le berceau du bébé est plein d'histoires et plein de culture et tous ces éléments sont des noyaux de sens, de résilience pour les parents mais encore faut-il que non seulement nous les respections mais que nous soutenions les mères et les familles pour qu'elles utilisent les éléments dont elles ont besoin.

TEG1 Il en est ainsi, par exemple, de la langue maternelle qui aide les mères à construire des interactions signifiantes pour elle et sans doute pour le bébé. Parler au bébé dans sa langue maternelle, lui apprendre cette langue est un gage de sécurité et de transmission d'ingrédients qui aide l'enfant et qui l'inscrit dans sa filiation et dans les générations qui l'ont précédé. Mais cela suppose que nous soutenions les mères individuellement et collectivement pour que cela soit possible et qu'elles osent utiliser et transmettre avec fierté leur langue maternelle. Cela est la manière la plus efficace pour introduire l'enfant dans le langage, y compris dans la langue française, langue seconde de l'enfant mais langue importante car elle est celle qui lui permettra d'investir le monde extérieur.

T1 Conclusion

Parfois encore devant le dénuement que constitue pour certaines mères la situation d'exil, plus que le doute par rapport à ce qui m'appartient ou appartient à ceux qui m'ont précédé, le manque prédomine. Manque de cet aller-retour entre les autres et moi, mouvement qui nourrit ma propre pensée et la rend vivace et créative en particulier dans ces situations où un bébé m'inquiète ou me met en difficulté. Les mères migrantes intériorisent donc du manque et du doute et doivent acquérir souvent très rapidement une confiance dans ce monde externe qui les a accueillis mais qui ne cherche pas toujours à être désirable et à transmettre ses valeurs et ses manières de penser et de faire. Si ce monde était désirable et accueillant sans doute que le travail de métissage entre les images d'ici et de là-bas, les apports d'ici et de là-bas, se feraient avec plus de souplesse et que cela favoriserait la construction de systèmes de représentations métissés, complexes et opérants comme on le voit dans les situations où les mères ont pu s'approprier des choses du monde d'ici en gardant ce qui leur était nécessaire du monde de là-bas. Que les mères puissent faire ce travail favorise le fait qu'elles puissent ensuite présenter les mondes à leurs enfants à petites doses comme le disait Donald Winnicott [7] en rendant ces mondes désirables à leurs enfants en particulier, celui qui va devenir le leur, le monde d'ici. S'appuyer sur leur port d'attache pour mieux explorer les nouvelles eaux. La solitude, contrainte liée à l'isolement mais aussi à l'individualisme de nos sociétés occidentales, peut empêcher les femmes d'utiliser et de transmettre leur propre savoir-faire de maternage. Nos sociétés favorisent plus la transmission professionnelle que la transmission intrafamiliale.

L'attitude bienveillante des professionnels sera alors déterminante pour les aider à se souvenir ce savoir et l'utiliser conjointement avec nos techniques d'ici. Accompagner ces mères et leurs bébés signifie donc d'abord se métisser soi-même.

Notes

[1] Voir les travaux de Marcel Gauchet (2004).

[2] Sur ces variations transculturelles, les milles et une façon d'être parents, voir, en italien, Moro (2005) ou pour l'Afrique, Rabain-Jamin (1989), pour l'Inde, Stork (1986).

[3] Tous les prénoms ont été modifiés.

[4] Dans une de nos consultations transculturelles qui intègre clinique et anthropologie et qui se fait avec un interprète de la langue maternelle de la famille si besoin.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Références

[1] Moro MR, Moro Gomez I. Avicenne l'andalouse. Devenir thérapeute en situation transculturelle. Grenoble: La Pensée sauvage; 2004.

[2] Moro MR, Neuman D, Réal I. Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle. Grenoble: La Pensée Sauvage; 2008.

[3] Moro MR. Guide de psychothérapie transculturelle. Soigner les enfants et les adolescents. Paris: In Press; 2020.

[4] Lebovici S, Stoléru S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris: Le Centurion; 1983.

[5] Lallemand S, Journet O, Ewombé-Moundo E, et al. Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar. Paris: L'Harmattan; 1991.

[6] Moro MR. Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles. Paris: Odile Jacob; 2007.

[7] Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1975.

Pour en savoir plus

Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris: Gallimard; 1970.

Collectif. Dire sa souffrance (dossier). In: L'Autre 2000;1(3):419-504.

Moro MR. Leçons apprises de la diversité culturelle et de l'anthropologie pour bien s'occuper de tous les bébés et de leurs parents. L'autre 2019;20(3):241-51.

Moro MR. Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle. Paris: Odile Jacob; 2010.

Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y. Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social. Grenoble: La Pensée sauvage; 2006.

Rabain J. L’enfant du lignage. Du sevrage à la classe d’âge chez les Wolof du Sénégal. Paris: Payot; 1994.

Stork H. Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant. Paris: Paidos/Le Centurion; 1986.

Le portail du centre Babel et de l’Association internationale d’ethnopsychanalyse. www.transculturel.eu/.

Maison de Solenn. Maison des Adolescents Cochin-Paris. www.maisondesolenn.fr.

Marie Rose Moro. www.transculturel.eu/marierosemoro/..

L’autre – Cliniques, cultures et sociétés. www.revuelautre.com.

Petit Jouvet L. J’ai rêvé d’une grande étendue d’eau. Abecaris Films. 2002.

Illustration

mor_illus1

© Charlotte Moreau/Elsevier Masson SAS